

پایایی و روایی مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنشوری نعوظی

دکتر غلامرضا رجبی¹، نصیر داستان²، مسعود شهبازی²Reliability and Validity
of the Sexual Self-Efficacy Scale-Erectile FunctioningGholamreza Rajabi*, Nasir Dastan^a, Masoud Shahbazi^a

Abstract

Objectives: The purpose of the present study was to examine the reliability and validity of the Sexual Self-Efficacy Scale-Erectile Functioning (SSES-E) among university students. **Method:** 115 married male students of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran, were selected voluntarily, and completed the SSES-E. **Results:** The alpha cronbach coefficient was calculated as $\alpha = 0.95$ and for the five factors extracted, it was 0.82 to 0.91. Also, exploratory factor analysis using varimax rotation and with eigenvalues more than one, extracted five factors (having intercourse without fear or anxiety, keeping an erection during the intercourse, get a sexual encounter, reach to orgasm, and re-sexual desire) which explained 74.04% of the items variances. There was significant correlation between total score and five extracted factors. Furthermore, there was high sexual self-efficacy among 20 males and low sexual self-efficacy among 17 males. **Conclusion:** The clinical psychologists and family counselors can use and benefit the SSES-E to identify the male clients with erectile difficulties for training and treatment activities in clinical and counseling settings.

Key words: reliability; validity; exploratory factor analysis; erectile functioning; Sexual Self-Efficacy Scale

[Received: 8 June 2010; Accepted: 25 October 2010]

چکیده

هدف: این بررسی با هدف ارزیابی پایایی و روایی ماده‌های مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنشوری نعوظی در میان دانشجویان انجام شد. **روش:** 115 دانشجوی مرد متأهل ساکن در خوابگاه‌های متأهلی و داوطلبان غیرخوابگاهی متأهل دانشگاه شهید بهشتی تهران که به‌روش دردسترس نمونه‌گیری شده بودند، به مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنشوری نعوظی پاسخ دادند. **یافته‌ها:** ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/95 و در پنج عامل به‌دست آمده از 0/82 تا 0/91 محاسبه شد. تحلیل عاملی اکتشافی به‌روش چرخش واریماکس و با مقادیر ویژه بیشتر از یک، پنج عامل (رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلهره، حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی، اطمینان از رویارویی جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی و میل جنسی دوباره) را شناسایی نمود، که روی هم 74/04% واریانس ماده‌ها را تبیین می‌کرد. هم‌چنین بین نمره کل و پنج عامل استخراج شده همبستگی معنادار به دست آمد. افزون‌بر آن در 20 نفر از مردان خودکارآمدی جنسی بالا و در 17 نفر خودکارآمدی جنسی پایین دیده شد. **نتیجه‌گیری:** روانشناسان بالینی و مشاوران خانواده، با تأکید بر درمان خودکارآمدی جنسی - کنشوری نعوظی مردان، می‌توانند از این مقیاس برای شناسایی مراجعان مرد با مشکلات نعوظی، در فعالیت‌های آموزشی و درمانی در محیط‌های بالینی و مراکز مشاوره بهره گیرند.

کلیدواژه: پایایی؛ روایی؛ تحلیل عاملی اکتشافی؛ خودکارآمدی جنسی؛ کنشوری نعوظی

[دریافت مقاله: 1389/3/18؛ پذیرش مقاله: 1389/8/3]

¹ دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز. اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه مشاوره. دورنگار: 0611-3333911 (نویسنده مسئول) E-mail: rajabireza@scu.ac.ir ² دانشجوی دوره دکترای مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.

* Corresponding author: PhD. in Psychology, Associate prof. of Shahid Chamran University. Faculty of Psychology and educational Sciences, Department of Counseling, Golestan Blvd., Ahvaz, Iran, IR. Fax: +98611-3333911, E-mail: rajabireza@scu.ac.ir; ^a PhD. student in Counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz.

مقدمه

مؤسسه ملی سلامت¹ (NIH) بدکارکردی نعوظی² را به عنوان «ناتوانی در ایجاد یا حفظ نعوظ کافی آلت جنسی برای فعالیت رضایت بخش جنسی» تعریف نموده است (مؤسسه ملی سلامت، 1993). این اختلال شایع ترین اختلال جنسی در میان مردان است. در آمریکای شمالی، بیش از 30 میلیون و در جهان بیش از 150 میلیون مرد برخی از اشکال این اختلال را گزارش نموده اند (آیتاک³، مک کینلی⁴ و کرانی⁵، 1999). این اختلال می تواند پیشرونده باشد (مؤسسه ملی سلامت، 1993). علت اصلی بروز ناتوانی جنسی در مردان، پدید نیامدن فشار کافی در سامانه کاورنوز اندام جنسی است و عوامل فیزیکی (بیماری های عروقی، دیابت ها، اختلال دستگاه عصبی، مشکلات هورمونی، جراحی، ضربه ها، شرایط پزشکی مزمن و اثرات جانبی داروهای تجویز شده، سبک زندگی نافع، مصرف بیش از اندازه الکل و سیگار) و عوامل روانشناختی (عزت نفس پایین، تنیدگی⁶، افسردگی، احساس گناه و مشکلات ارتباطی) در این اختلال تأثیر دارند (میلر⁷، 2000؛ لو⁸، 2000؛ ملمن⁹ و گینگل¹⁰، 1999؛ مؤسسه ملی سلامت، 1993). این اختلال می تواند یک رابطه آسیب زا را در پی داشته باشد. هم چنین بدکارکردی نعوظی می تواند بر خودانگاره¹¹ یک مرد و رابطه او با شریکش از نظر هیجانی و فیزیکی تأثیر بگذارد. بدکارکردی نعوظی می تواند با برخی پیامدهای روانی - اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب درباره عملکرد جنسی، انکار نشانه ها، خودداری جنسی، پرسیانی رابطه و اختلال در کیفیت زندگی همراه باشد (فیلدمن¹²، گلدشتاین¹³ و هاتزیچریستو¹⁴، 1994؛ کورمن¹⁵، 1998).

پیشرفت های به دست آمده در علوم پایه سبب گسترش روش های نوین درمانی برای مردان با بدکارکردی نعوظی شده است. در رویکرد بالینی سنتی برای ارزیابی بدکارکردی جنسی و نعوظی، شناسایی عوامل خطر جنسی (مانند داروهای مصرف شده، جراحی، پرتودرمانی) یا دیگر عوامل خطر پزشکی (مانند دیابت، تنیدگی، بیماری های عروقی، بیماری های عصب شناختی و سیگار کشیدن) پایه هایی برای رویکرد مبتنی بر شواهد¹⁶ (مانند سونوگرافی داپلر¹⁷ و کاورنوزومتری¹⁸) برای تشخیص و مدیریت درمان است. در بررسی تاریخچه جنسی بر نوع، مدت و تکرار بدکارکردی تجارب جنسی پیشین بیمار تأکید می شود (بیسلی¹⁹، دی یانگ²⁰ و بروک²¹، 2000). آزمون های عصب شناختی²²،

عروقی، زیست - شیمیایی²³ و فیزیولوژیکی²⁴ به درمانگر کمک می کنند تا شکایت های نعوظی و جنسی بیمار را شناسایی و طبقه بندی کند.

در سال های اخیر ابزارهای بالینی و استاندارد شده چندبعدی برای اندازه گیری کارکرد جنسی و ارزیابی کمی اثرات درمانی ساخته شده است و به کمک این ابزارها درمانگران توانسته اند با کارکرد جنسی همسران بیشتر آشنا شوند. فرم تاریخچه جنسی²⁵ (نویسنکی²⁶ و لویکولو²⁷، 1979؛ شاور²⁸ و جنسن²⁹، 1988)، پرسش نامه کارکرد جنسی کلی³⁰ با یک نظام نمره گذاری یکسان (کریتی³¹، فیختن³²، لیبن³³، آمس³⁴ و بریندر³⁵، 1988؛ کریتی و همکاران، 1987)، پرسش نامه کیفیت زندگی جنسی³⁶ (گوستا³⁷ و همکاران، 2003)، مقیاس رابطه جنسی³⁸ (کلارک³⁹، اولیت⁴⁰، پاول⁴¹ و میلبرگ⁴²، 1987)، مقیاس جهت گیری مبادله ای⁴³ (کلارک، تارابان⁴⁴، هو⁴⁵ و وسنر⁴⁶، 1989)، شاخص بین المللی عملکرد نعوظی⁴⁷ (IIEF) برای بررسی نیرومندی نعوظ و میزان رضایتمندی افراد از روابط جنسی در پنج زمینه عملکرد نعوظی، عملکرد مربوط به اوج لذت جنسی، میل جنسی، رضایت از نزدیکی جنسی و رضایت کلی تدوین شده است (روسن⁴⁸، ریلی⁴⁹ و واگنر⁵⁰، 1997؛ روسن،

- | | |
|--|---|
| 1- National Institute of Health | 3- Aytac |
| 2- erectile dysfunction | 5- Krane |
| 4- MacKinlay | 7- Miller |
| 6- tension | 9- Melman |
| 8- Lue | 11- self-image |
| 10- Gingell | 13- Goldstein |
| 12- Feldman | 15- Koreman |
| 14- Hatzichristou | 17- Doppler ultrasonography |
| 16- evidence-based approach | 19- Beasley |
| 18- cavernosometry | 21- Brock |
| 20- De Young | 23- bio-chemical |
| 22- neurological | 25- Sexual History Form |
| 24- physiological | 27- Lopiccolo |
| 26- Nowinski | 29- Jensen |
| 28- Schover | 30- General Sexual Function Questionnaire |
| 31- Creti | 32- Fichten |
| 33- Libman | 34- Amsel |
| 35- Brender | |
| 36- Quality of Sexual Life Questionnaire | |
| 37- Costa | |
| 38- Sexual Relationship Scale | |
| 39- Clark | 40- Ouellette |
| 41- Powel | 42- Milberg |
| 43- Exchange Orientation Scale | |
| 44- Taraban | 45- Ho |
| 46- Wesner | |
| 47- International Index of Erectile Function | |
| 48- Rosen | 49- Riley |
| 50- Wagner | |

برخوردار است؟ و 2- مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی از چند سازه زیربنایی تشکیل شده است؟

روش

این بررسی از نوع همبستگی¹³ و تحلیل ماتریس واریانس-کوواریانس¹⁴ از نوع تحلیل عاملی¹⁵ با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی¹⁶ است. جامعه این پژوهش، دانشجویان متأهل مرد داوطلب ساکن در خوابگاه‌های متأهلی دانشگاه شهید بهشتی تهران و داوطلبان غیرخوابگاهی متأهل دانشگاه شهید بهشتی بودند. 115 دانشجوی داوطلب پس از یک مصاحبه کوتاه بدون این که مبتلا به اختلال روانپزشکی و فیزیولوژیکی خاصی باشند، به ماده‌های مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی پاسخ دادند. دامنه سنی این دانشجویان 22-47 سال با میانگین 30/06 (انحراف معیار 5/52) و میانگین مدت ازدواج آنها 3/90 سال (انحراف معیار 3/5) بود. پانزده نفر (13%) از این افراد دانشجوی کارشناسی، 71 نفر (61/7%) دانشجوی کارشناسی ارشد و 29 نفر (25/2%) دانشجوی دکتری بودند. هم‌چنین 76 نفر (66/1%) فرزندی نداشتند، 24 نفر (20/9%) دارای یک فرزند، 11 نفر (9/6%) دارای دو فرزند، سه نفر (2/6%) دارای سه فرزند و یک نفر (0/9%) دارای چهار فرزند بود.

مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی بر پایه بررسی‌های بندورا، آدامز¹⁷ و بیرز¹⁸ (1977)، پرسش‌نامه اهداف برای درمان جنسی¹⁹ (لویتز²⁰ و بیکر²¹، 1979) و پرسشنامه دشواری نعوظی²² (رینولدز²³، 1978) ساخته شده است. این مقیاس دارای 25 ماده پنج‌گزینه‌ای (از خیلی زیاد=5 تا خیلی کم=1) است. نمره کل در این مقیاس با جمع کردن نمره ماده‌ها و تقسیم کردن بر شمار آنها به‌دست می‌آید. دامنه نمره‌ها از 25 تا 125 نوسان دارد. نمره‌های بالاتر اطمینان،

کاپل ری¹، اسمیت²، لپسکی³ و پنا⁴، 1999؛ برودریک⁵ 1998؛ ویلتینک⁶، هاگ⁷، فادایانون⁸، ویدنر⁹ و باتل¹⁰، 2003). هم‌چنین در کشور ما دو بررسی جداگانه از شاخص IIEF در درمان اختلال نعوظی در بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی انجام شده و این شاخص با سونوگرافی داپلر در بررسی مبتلایان به ناتوانی جنسی مقایسه گردیده است (دادفر، طائی و ابراهیم‌پور، 2008؛ مهربان، شعبانی‌نیا، نادری و اصفهانی، 2006). مقیاسی که می‌تواند در شناسایی افراد مبتلا به بدکارکردی‌های جنسی در جامعه ایرانی برای درمانگران و مشاوران خانواده سودمند باشد، مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی¹¹ (SSES-E) است. این ابزار جنبه‌های شناختی کنش‌وری نعوظی و سازگاری را در مردان می‌سنجد و باورهای مردان را در زمینه چگونگی ارتباط جنسی و نعوظ در برخی از موقعیت‌های جنسی ارزیابی می‌کند. این مقیاس توسط خود مردان برای به‌دست آوردن درجه‌بندی‌های شخصی یا همسر، با هدف به‌دست آوردن اطمینان او تکمیل می‌شود. درحالی‌که بیشتر شاخص‌های موجود کنش‌وری جنسی جنبه‌های رفتار جنسی را ارزیابی می‌کنند، این ابزار برای سنجش بعد شناختی و میزان اعتماد و اطمینان جنسی ساخته شده است. آلبرت بندورا¹² (1986) براین باور است که باورهای خودکارآمدی در زمینه صلاحیت فرد برای اجرا و سازماندهی ارتباط جنسی بر عملکرد جنسی و واکنش‌های هیجانی تأثیر می‌گذارند. این باور بر تلاشی که آنها صرف می‌کنند، مدت زمانی که در برخورد با چالش‌ها پافشاری نشان می‌دهند و بر میزان درک آنها از تکلیف اثر می‌گذارد.

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی بر روی دانشجویان مرد متأهل انجام شد. ارزیابی خودکارآمدی در بافت بدکارکردی جنسی مهم است، زیرا فردی که اعتماد به‌نفس کمی دارد، از رفتار هدف پرهیز می‌کند و شناخت‌های منفی در مورد مسأله در او گسترش می‌یابد. این مقیاس را می‌توان در پژوهش‌ها و یا بررسی میزان اثربخشی روش‌های درمان جنسی به‌کار برد. افزون بر آن SSES-E در ارزیابی تغییرات خودکارآمدی درباره برخی رویدادهای زیستی مانند جراحی و یا مداخله‌های زیست‌شناختی برای مشکلات نعوظی می‌تواند سودمند باشد.

پرسش‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: 1- آیا مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی از پایایی مناسبی

- | | |
|---|-----------------|
| 1- Capbelleri | 2- Smith |
| 3- Lipsky | 4- Pena |
| 5- Broderick | 6- Wiltink |
| 7- Hauck | 8- Phadayanon |
| 9- Weidner | 10- Buutel |
| 11- Sexual Self-Efficacy Scale-Erectile Functioning | |
| 12- Bandura | 13- correlation |
| 14- variance-covariance matrix | |
| 15- factor analysis | |
| 16- principle components analysis | |
| 17- Adams | 18- Beyer |
| 19- Goals for Sex Therapy Questionnaire | |
| 20- Lobitz | 21- Baker |
| 22- Erectile Difficulty Questionnaire | |
| 23- Reynolds | |

بدکارکردی نعوظی و مردان بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد، که این یافته بیانگر روایی سازه این مقیاس است. لیبن و همکاران (1985) با بهره‌گیری از تحلیل مؤلفه‌های اصلی بر روی مردان بهنجار و دارای بدکارکردی، به سه عامل نعوظ، ارگاسم (اوج لذت جنسی) و میان‌فردی دست یافتند. در این پژوهش برای بررسی پایایی و روایی مقیاس SSES-E از روش‌های آماری آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی اکتشافی¹⁰ بهره‌گرفته شد. نسخه فارسی SSES-E در پیوست 1 آمده است.

یافته‌ها

برای آن‌که مشخص شود که آیا داده‌های گردآوری‌شده، از توزیع بهنجار برخوردار است، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف¹¹ به کار برده شد. این آزمون توزیع داده‌ها را بهنجار (0/78، $p=0/574$) نشان داد.

در پاسخ به پرسش نخست پژوهش، ضریب‌های آلفای کرونباخ مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی در کل نمونه 0/95 و در عامل‌های اول تا پنجم به ترتیب 0/91، 0/85، 0/86، 0/82 و 0/86 به دست آمد. این یافته‌ها ضریب‌های همسانی درونی در عامل‌های اول تا پنجم و در کل ماده‌ها را رضایت‌بخش نشان دادند.

آزمون KMO¹² (0/9) و آزمون کرویت بارتلت¹³ ($\chi^2=2/33$) نشان دادند که می‌توان از تحلیل عاملی اکتشافی برای استخراج عامل‌های مفروض بهره‌گرفت. جدول 2 بارهای عاملی پنج عامل استخراج‌شده مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی را به ترتیب صعودی نشان می‌دهد.

برای تحلیل عاملی مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی، به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (چرخش متعامد¹⁴ به روش واریماکس¹⁵) و با ارزش ویژه¹⁶ بیشتر از یک، پنج عامل استخراج گردید. جدول 1 نشان می‌دهد که عامل اول با نام «رابطه جنسی لذت بخش و بدون دله‌ره»، بالاترین

شایستگی و صلاحیت بیشتر نعوظی مردان را نشان می‌دهد. این مقیاس، به همسران اجازه می‌دهد که کنش‌وری جنسی و باورهای خود را در زمینه اعتماد به نفس مردان به شیوه‌ای یکسان درجه‌بندی کنند.

لیبن¹، روتنبرگ²، فیختن³ و آمس⁴ (1985) ضرایب پایایی تنصیف⁵ مقیاس SSES-E را برای مردان و زنان با اختلال بدکارکردی 0/88 و 0/94، برای مردان و زنان بهنجار به ترتیب 0/62 و 0/75 و ضرایب بازآزمایی (به فاصله یک ماه) برای مردان و زنان به ترتیب 0/98 و 0/97 ($p<0/001$) به دست آوردند. هم‌چنین تحلیل ماده‌های SSES-E نشان داد که در مردان با اختلال بدکارکردی 0/80 ماده‌ها با نمره کل و در شریک‌هایشان 0/68 ماده‌ها با نمره کل به‌طور معناداری همبسته‌اند. در گروه بهنجار، ضریب‌های یادشده 0/68 و 0/48 به دست آمدند.

کریتی و لیبن (1989) دریافتند که SSES-E به‌طور معناداری با سن، سازگاری جنسی همسران، تکرار و گسترش نمایش‌های جنسی و کنش‌وری جنسی در نمونه‌ای از مردان سالمند و میانسال همبسته است. مک‌فی⁶، سولیوان⁷ و بریندر⁸ (1986) نشان دادند که مردان با نمره‌های پائین در SSES-E، طر‌حواره شناختی منفی بیشتری در مورد کنش‌وری جنسی دارند. آن‌ها نیز دریافتند که دانشجویان مرد با نمره‌های پائین‌تر SSES-E، در برخورد با داستان‌های عشقی که منجر به شکست جنسی می‌شد به‌طور معناداری شناخت‌های منفی بیشتر، توصیف‌های شریک منفی و اسنادهای شکست بیرونی بیشتری دارند تا مردانی که نمره‌های بالاتر در SSES-E داشته‌اند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که SSES-E می‌تواند با دقت 80% مردان دچار بدکارکردی جنسی و بی‌کارکردی را طبقه‌بندی نماید. هم‌چنین مردان متأهل سال‌خورده (65 سال به بالا) نسبت به مردان میانسال (50-64 سال) به‌طور معناداری نمره‌های خودکارآمدی پائین‌تری دارند (لیبن و همکاران، 1985). آن‌ها بین SSES-E با فرم شش ماده‌ای اطلاعات عمومی⁹ (GFI) برای شرکت‌کنندگان با اختلال بدکارکردی و بهنجار و بین SSES-E و خرده‌مقیاس‌های GFI (دشواری به دست آوردن نعوظ، میزان برانگیختگی، تداوم نعوظ در هنگام ارتباط جنسی) برای مردان مبتلا به اختلال بدکارکردی نعوظی همبستگی معنادار گزارش کردند. هم‌چنین آن‌ها دریافتند که بین نمره‌های SSES-E مردان با اختلال

- | | |
|---|-------------------------|
| 1- Libman | 2- Rothenberg |
| 3- Fichten | 4- Amsel |
| 5- split-half reliability | 6- McPhee |
| 7- Sullivan | 8- Brender |
| 9- General Information Form | |
| 10- exploratory factor analysis | |
| 11- Kolmogrov-Smirnov | |
| 12- Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy | |
| 13- Bartlett Test of Sphericity | 14- orthogonal rotation |
| 15- varimax | 16- eigenvalue |

جدول 1- بارهای عاملی مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی به ترتیب صعودی (روش واریماکس)

عامل‌ها					
ماده‌ها	1	2	3	4	5
19	0/76	-	-	-	-
23	0/76	-	-	-	-
16	0/67	-	-	-	-
17	0/57	-	-	-	-
20	0/57	-	-	-	-
12	0/56	-	-	-	-
1	0/55	-	-	-	-
7	-	0/81	-	-	-
6	-	0/80	-	-	-
10	-	0/62	-	-	-
9	-	0/55	-	-	-
3	-	-	0/75	-	-
4	-	-	0/71	-	-
13	-	-	0/60	-	-
21	-	-	0/51	-	-
24	-	-	-	0/71	-
25	-	-	-	0/70	-
22	-	-	-	0/68	-
2	-	-	-	0/62	-
11	-	-	-	0/60	-
18	-	-	-	-	0/78
14	-	-	-	-	0/62
5	-	-	-	-	0/58
8	-	-	-	-	0/53

78
78

واریانس را در تبیین مقیاس برعهده دارد (20/14%); ارزش ویژه 5/03، واریانس مشترک آن 20/27% و بارهای عاملی پرسش‌های این عامل از 0/55 تا 0/76 در نوسان بود. عامل دوم با واریانس 13/83%، «حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی» نام‌گذاری شد (ارزش ویژه 3/45 با واریانس مشترک 18/67%). بارهای عاملی پرسش‌های این عامل از 0/55 تا 0/81 متغیر بود. سومین عامل «اطمینان از رویارویی جنسی» است، که 13/64% واریانس پرسش‌ها را تبیین نمود؛ ارزش ویژه 3/41 و واریانس مشترک آن 18/42% به‌دست آمد. بارهای عاملی آن از 0/51 تا 0/75 بود. چهارمین عامل «رسیدن به اوج لذت جنسی» است، که 13/44% واریانس پرسش‌ها را تبیین کرد؛ ارزش ویژه 3/36 و واریانس مشترک آن 18/15% و بارهای عامل آن از 0/60 تا 0/71 در نوسان بود. پنجمین عامل «میل جنسی دوباره» است که 12/97% واریانس، با ارزش ویژه 3/24 و 17/51% واریانس مشترک به‌شمار می‌رفت. بارهای عامل آن از 0/53 تا 0/78 به‌دست آمد. هم‌چنین، ماده 15 (تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید یک رابطه جنسی بدون اجبار را پیش‌بینی نمایید؟) که بر روی هیچ‌یک از عامل‌های استخراج‌شده بار عاملی نداشت از کل ماده‌ها حذف شد. ماده‌های شماره 2 و 14 به‌ترتیب بر روی عامل‌های سه، چهار، یک و پنج بار عاملی مشترک داشتند. افزون‌بر آن، پنج عامل روی هم 74/04% واریانس پرسش‌ها را تبیین می‌کردند. این یافته به پرسش دوم پژوهش پاسخ می‌دهد. همان‌گونه که **جدول 2** نشان می‌دهد، بین پنج عامل استخراج‌شده به کمک چرخش متعامد (واریماکس) با نمره کل (24 ماده) رابطه معنی‌دار دیده شد ($p < 0/001$) که گویای روایی سازه همگرایی این مقیاس است.

جدول 2- ضرایب روایی سازه مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی

عوامل	میانگین \pm انحراف معیار	1	2	3	4	5
1	3/68 \pm 0/78	-				
2	3/13 \pm 0/81	0/98*	-			
3	3/55 \pm 0/88	0/79*	0/67*	-		
4	3/30 \pm 0/77	0/63*	0/58*	0/59*	-	
5	3/01 \pm 0/81	0/75*	0/68*	0/68*	0/70*	-
نمره کل	3/37 \pm 0/70	0/92*	0/82*	0/87*	0/81*	0/88*

* $p < 0/001$

جدول 3- توزیع طبقه‌بندی نمره‌های خودکارآمدی جنسی- کنش‌وری نعوظی

طبقات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تراکمی
خودکارآمدی جنسی پایین	12	10/4	10/4
خودکارآمدی جنسی متوسط	33	28/7	39/1
خودکارآمدی جنسی بالاتر از متوسط	50	43/5	82/6
خودکارآمدی جنسی بالا	20	17/4	100
کل	115	100	

جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی و میل جنسی دوباره، همگی معنادار بودند، که بالاترین ضریب همستگی را خرده‌مقیاس رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلهره نشان داد. این یافته با یافته‌های گزارش‌شده از سوی لیمن و همکاران (1985) هم‌خوانی دارد و بیانگر این است که محتوای عامل‌های به‌دست آمده با موضوع و محتوای اصلی مقیاس، یعنی باورهای خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی مطابقت دارد.

یافته‌های به‌دست آمده از تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی از نوع چرخش واریماکس) نشان دادند که مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی یک ابزار پنج بعدی (رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلهره، حفظ نعوظ در طی تماس جنسی، اطمینان از رویارویی جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی و میل جنسی دوباره) است که 74/04 درصد واریانس مقیاس را تبیین می‌کند. یافته لیمن و همکاران (1985) بر روی مردان بهنجار و مبتلا به بدکارکردی، سه عامل نعوظ، اوج لذت جنسی و میان‌فردی را نشان داد که دو عامل از سه عامل آن با دو عامل بررسی حاضر هم‌سو است. بر پایه عامل‌های استخراج‌شده می‌توان دریافت که این گروه از افراد دارای این توانایی و شایستگی هستند که «رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلهره» را داشته باشند. هم‌چنین آنان بر این باور بوده‌اند که توانایی حفظ نعوظ در طی تماس جنسی را نیز خواهند داشت، که این عامل می‌تواند تأثیر مثبت و نیرومندی بر حفظ روابط متقابل میان همسران داشته باشد. امروزه، مشاوران خانواده به همسران گوشزد می‌کنند که رضایت هر دو طرف در زندگی زناشویی یکی از عوامل پایداری زندگی خانوادگی به‌شمار می‌رود. همسرانی که محیط ایمن، خالی از تهدید و تنش و سرشار از محبت و عشق را برای یکدیگر فراهم می‌کنند، می‌توانند باورهای مثبت در زندگی زناشویی خویش پدید آورند.

یافته‌های این بررسی هم‌چنین نشان دادند که 20 نفر از مردان با یک انحراف معیار بالاتر از میانگین از خودکارآمدی جنسی بالا، 40 نفر از مردان بین میانگین و یک انحراف معیار

از سوی دیگر، آزمون تکراری رتبه‌ای فریدمن¹ در مورد اولویت‌بندی 24 ماده مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی نشان داد که رتبه‌بندی 24 ماده این مقیاس از نظر مردان به یک اندازه نیست ($\chi^2=436/173$, $p<0/001$). به بیان دیگر، در این بررسی بالاترین رتبه میانگین به‌ترتیب به‌ماده‌های 23 (15/38)، 1 (15/13) و 4 (14/85) و کمترین رتبه میانگین به‌ترتیب به‌ماده‌های 10 (7/17)، 8 (8/60) و 18 (9/39) داده شد.

همان‌گونه که **جدول 3** نشان می‌دهد، 12 نفر از آزمودنی‌ها در دامنه نمره 38-57 با خودکارآمدی جنسی پایین، 33 نفر در دامنه نمره 58-77 با خودکارآمدی جنسی متوسط، 50 نفر با دامنه نمره 78-97 با خودکارآمدی جنسی بالاتر از متوسط و 20 نفر با دامنه نمره 98-117 با خودکارآمدی جنسی بالا قرار گرفته‌اند. هم‌چنین با تبدیل نمره‌های خام به نمره‌های استاندارد مشخص شد که 17 نفر از شرکت‌کنندگان نمره‌های بالاتر از 1- انحراف معیار، 38 نفر نمره‌های بین 1- تا صفر انحراف معیار، 40 نفر نمره‌های بین صفر تا یک انحراف معیار و 20 نفر نمره‌های بالاتر از یک انحراف معیار را به‌دست آورده‌اند.

بحث

ضرایب همگونی درونی مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی با بهره‌گیری از روش آلفای کرونباخ در کل مقیاس و در پنج عامل استخراج‌شده توسط تحلیل مؤلفه‌های اصلی، دارای قابلیت اعتماد رضایت‌بخشی نشان داده شدند. این یافته با یافته‌های لیمن و همکاران (1985) که این مقیاس را در گروه‌های مختلف دارای پایایی مناسبی گزارش کردند، هماهنگ است. ضرایب‌های به‌دست آمده در بررسی حاضر تا اندازه‌ای بالاتر از ضرایب‌های به‌دست آمده در بررسی‌های پیشین می‌باشد. این یافته در پاسخ به پرسش نخست پژوهش (آیا مقیاس SSES-E از اعتبار مناسبی برخوردار است؟) پاسخ مثبت می‌دهد. هم‌چنین ضرایب روایی سازه همگرا، بین کل مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری نعوظی و خرده‌مقیاس‌های رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلهره، حفظ نعوظ در طی تماس جنسی، اطمینان از رویارویی

تنها به دانشجویان داوطلب محدود شده است و نتایج آن را باید با احتیاط به دیگر قشرهای جامعه تعمیم داد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در بررسی‌های آینده برای بررسی روایی ابزار از منحنی ROC¹ برای مقایسه نمره‌های گروه بالینی با گروه غیربالینی و برای مناسب‌ترین نقطه برش از BDI-II-TR² بهره‌گیرند.

سپاسگزاری

از مسئولین خوابگاه‌های دانشگاه شهید بهشتی و همه افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

از میانگین، از خودکارآمدی جنسی بالاتر از متوسط، 38 نفر بین میانگین و یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین، از خودکارآمدی متوسط و 17 نفر از یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین، از خودکارآمدی پایین برخوردارند. به‌عنوان یک راهکار درمانی توصیه می‌شود دو گروه اخیر تحت آموزش‌های باورهای شایستگی و صلاحیت جنسی توسط یک گروه درمانی تخصصی قرار گیرند. به‌طور کلی یافته‌های بررسی حاضر گویای آن هستند که نسخه فارسی مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی با پنج عامل می‌تواند در شناسایی و درمان افرادی که به مشکلات شناختی نعوظی گرفتار هستند به‌ویژه در محیط‌های آموزشی، درمانی و پژوهشی کاربرد داشته باشد. محدودیت مهم این پژوهش آن است که جامعه پژوهش

پیوست 1- مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی (SSES-E)

- 1- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید یک رابطه جنسی بدون ترس یا اضطراب را با همسرتان تصور کنید.
- 2- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید از طریق استمناء کردن در هنگام تنهایی به نعوظ برسید.
- 3- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در زمان عشق بازی وقتی که شما و همسرتان لباس بر تن دارید به‌نعوظ برسید.
- 4- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در زمان عشق بازی وقتی که شما و همسرتان لخت هستید به‌نعوظ برسید.
- 5- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در زمان عشق بازی دوباره به‌نعوظ برسید.
- 6- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید برای آغاز آمیزش و روابط جنسی نعوظ کافی داشته باشید.
- 7- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در طی آمیزش و روابط جنسی تا زمان رسیدن به‌اوج لذت جنسی (ارگاسم) نعوظ خود را حفظ نمایید و ادامه دهید.
- 8- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در طی آمیزش و روابط جنسی به‌نعوظ دوباره برسید.
- 9- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در یک دوره زمانی معقول و مناسب برای آمیزش جنسی نعوظ کافی داشته باشید.
- 10- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید بدون خارج شدن «منی» برای تشفی و میل طولانی‌مدت اقدام به مقاربت و نزدیکی جنسی کنید.
- 11- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید از طریق وسایلی غیر از آمیزش جنسی به اوج لذت جنسی (ارگاسم) برسید.
- 12- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید نسبت به همسرتان احساس خوشایند جنسی داشته باشید.
- 13- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید نسبت به همسرتان در روابط جنسی احساس راحتی داشته باشید.
- 14- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید با همسرتان بدون داشتن آمیزش جنسی به یک احساس خوشایند لذت بدنی در یک مبادله جنسی برسید.
- 15- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید یک مبادله و رابطه جنسی بدون اجبار را پیش‌بینی نمایید.
- 16- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید به سکس یا روابط جنسی علاقه‌مند باشید.
- 17- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید آغازگر فعالیت جنسی باشید.
- 18- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید از ادامه روابط جنسی همسرتان ممانعت به‌عمل آورید.
- 19- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید درخواست همسرتان را برای فراهم کردن نوع و میزان تحریک جنسی مورد نیاز قبول نمایید.
- 20- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید حداقل یک نعوظ ناچیز را در کنار همسرتان داشته باشید.
- 21- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید یک نعوظ ثابت و پایدار را در کنار همسرتان داشته باشید.
- 22- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید از طریق تحریک آلت تناسلی با دست یا دهان توسط همسرتان به اوج لذت جنسی (ارگاسم) برسید.
- 23- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در زمان دخول به اوج لذت جنسی برسید.
- 24- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید از طریق استمناء کردن در هنگام تنهایی به اوج لذت جنسی (ارگاسم) برسید.
- 25- تا چه اندازه اطمینان دارید که می‌توانید در موقع صبح به نعوظ برسید.

1- Receiver Operating Characteristics

2- Beck Depression Inventory-II-Text Revised

منابع

- Dadfar, M. R., Taie, K., & Ebrahimpor, A. (2008). A study on effectiveness of atrovastatin in the treatment of erectile dysfunction in hypercholesterolemic men. *Scientific Medical Journal*, 7(1), 106-112. (Persian)
- Mehraban, D., Shabanini, S., Naderi, G. H., & Esfahani, F. (2006). Farsi International Index of Erectile Dysfunction and Doppler ultrasonography in the evaluation of male impotenc. *Iranian Journal of Surgery*, 14(1), 25-31. (Persian)
- Aytac, I. A., McKinlay, J. B., & Krane, R. J. (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *British Journal of Urology International*, 84, 50-56.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality & Social Psychology*, 35, 125-139.
- Beasly, K. B., De Young, L. X., & Brock, G. B. (2000). Current status of standardized questionnaires in the measurement of erectile dysfunction. *Current Urology Reports*, 1, 285-290.
- Broderick, G. A. (1998). Evidence based assessment of erectile dysfunction. *International Impotence Research*, 10, 64-73.
- Clark, M. S., Ouellette, R., Powel, M. C., & Milberg, S. (1987). Recipients mood, relationship types, and helping. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53, 94-103.
- Clark, M. S., Taraban, C., Ho, J., & Wesner, K. (1989). *A measure of exchange orientation*. Unpublished manuscript. Carnegie Mellon University.
- Costa, P., Arnold, B., Cour, F., Boyer, P., Marrel, A., Jaudinot, E. O., & Solesse, A. (2003). Quality of Sexual life Questionnaire (QVS): A reliable, sensitive and reproducible instrument to assess quality of life in subjects with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15, 173-184.
- Creti, L., & Libman, E. (1989). Cognitions and sexual expression in the aging. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 15, 83-101.
- Creti, L., Fichten, C., Libman, E., Amsel, R., & Brender, W. (1988). Female sexual functioning: A global score for Nowinski and Lopiccolos Sexual History Form. Presentation at the Canadian Psychological Association Annual Convention. *Canadian Psychology*, 29 (2a).
- Creti, L., Fichten, C., Libman, E., Kalogeropoulos, D., & Brender, W. (1987). *A global score for the "Sexual History Form" and its effectiveness*. Presentation at the 21st Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, Massachusetts.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., & Hatzichristou, D.G. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Koreman, S. G. (1998). New insights into erectile dysfunction: A practice approach. *American Journal of Medical Sciences*, 105, 135-144.
- Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 233-244.
- Lobitz, W. C., & Baker, E. C. (1979). Group treatment of single males with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 127-138.
- Lue, T. F. (2000). Erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 342, 1802-1813.
- McPhee, D. C., Sullivan, M., & Brender, W. (1986). Perceptions of females as associated with low erectile confidence in males. Presentation at the Canadian Psychological Association Annual Convention. *Canadian Psychology*, 21, 370.
- Melman, A., & Gingell, J. C. (1999). The epidemiology and patho-physiology of erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 161, 5-11.

- Miller, T. A. (2000). *Diagnostic evaluation of erectile dysfunction*. American Family Physician, available on: <http://www.aafp.org/afp/.html>.
- National Institute of Health (1993). Development panel on impotence. *Journal of American Medical Association*, 270, 83-90.
- Nowinski, J. K., & LoPiccolo, J. (1979). Assessing sexual behaviors in couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 225-243.
- Reynolds, B. S. (1978). *Erectile Difficulty Questionnaire*. Unpublished manuscript. Los Angeles: UCLA Human Sexuality Program.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Pena, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged, 15- item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-15) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Research*, 11, 319-325.
- Rosen, R. C., Riley, A., & Wagner, G. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Schover, L. R., & Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. New York: Guilford Press.
- Wiltink, J., Hauck, E. W., Phadayanon, M., Weidner, W., & Beutel, M. E. (2003). Validation of the German version of the International Index of Erectile Function (IIEF) in patients with erectile dysfunction, Peyronies disease and control. *International Journal of Impotence Research*, 15, 192-197.